

---

## COMMENTAIRE

# Pratique sage-femme et gestion active du 3e stade: le temps d'une mise au point, de critiques et de commentaires

par Céline Lemay, SF, PhD

### INTRODUCTION

Lors d'une formation en urgences obstétricales pour sages-femmes au Québec<sup>1</sup> des passages du chapitre sur l'hémorragie du postpartum (HPP) m'ont fortement interpellée.

Le texte du manuel fait référence à la revue de Prendville,<sup>2</sup> à la position conjointe de la Confédération Internationale des sages-femmes/Fédération Internationale des gynécologues et obstétriciens (ICM/ FIGO).<sup>3</sup> On indique que « la gestion active devait être offerte à toutes les femmes pendant le travail » car c'est une méthode éprouvée de prévention de l'HPP. La justification à l'appui de cette déclaration se trouve aussi dans « la philosophie des sages-femmes qui préconise des choix éclairés ».

Il m'apparaît important de faire une mise au point sur le sujet de la gestion active du 3e stade pour les sages-femmes: il s'agira d'abord de faire une mise en contexte de la mortalité et de la morbidité maternelle sévère au Canada, d'évoquer des textes officiels sur la définition et la spécificité des sages-femmes, des connaissances sur la physiologie du 3e stade et de l'apport de recherches récentes sur la gestion active du 3e stade (GA), sans toutefois prétendre à procéder à une revue de littérature systématique sur le sujet. Après avoir fait une relecture critique du concept de choix éclairé et une analyse du discours sur la gestion active, je partagerai les commentaires et les questions que tout cela me pose en tant que sage-femme.

### *Mise en contexte : situation au Canada*

La gestion active du 3e stade est reconnue comme moyen de prévention de l'hémorragie du postpartum, la principale cause de mortalité maternelle dans le monde.<sup>4</sup> La SOGC parle de l'offrir et même de la recommander à toutes les femmes alors que les sages-femmes au Canada parlent de l'offrir à toutes les femmes enceintes et aux femmes en travail.<sup>1</sup> La mortalité maternelle est une tragédie à chaque fois qu'elle survient mais son portrait épidémiologique varie considérablement dans le monde. Ainsi nous constatons que 99% de la mortalité maternelle dans le monde survient dans les pays en voie de développement.<sup>6,7</sup>

Au Canada le taux de mortalité maternelle reliée à l'HPP est de 1.6/100,000.<sup>5</sup> En comparaison, le risque de mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne

**Céline Lemay**, sage-femme depuis plus de 30 ans au Québec, président de Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (2003-2009), en fait le vice-président de l'Ordre des sages-femmes du Québec, Bac en sciences infirmières, maîtrise en anthropologie, doctorat en sciences humaines appliquées (Université de Montréal. fait maître de conférences en Bac en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

**A translated version of this commentary will be available on the CJMRP website.**

peut atteindre près de 1000/100,000, soit 625% plus élevé.<sup>7</sup> De plus, contrairement à d'autres pays, l'HPP n'est pas la première cause de mortalité maternelle au Canada mais bien la quatrième, à égalité avec la haute tension artérielle et après les maladies du système circulatoire et les causes indirectes. L'HPP au Canada correspond à 13% de tous les diagnostics de mortalité maternelle.<sup>5</sup>

La morbidité maternelle sévère (i.e. qui nécessite une transfusion sanguine) est aussi une source de préoccupation pour tous les systèmes de santé. Au Canada, l'HPP correspond à 25.6% de toutes les morbidités maternelles sévères.<sup>6</sup> Ce taux est demeuré stable pour les années 2003-2010 et l'HPP n'est pas mentionnée parmi les raisons qui mènent le plus souvent à de la mortalité chez les mères (ce sont les maladies cérébrovasculaires, la dialyse et des embolies obstétricales).<sup>9</sup>

Ces données m'amènent à considérer que la gestion active du 3e stade ne peut être pensée ni gérée de la même manière sans égard au contexte sociopolitique et sanitaire dans lequel les accouchements surviennent. Les recommandations des grands organismes de santé n'en seront que plus pertinentes pour éclairer les praticiens œuvrant auprès des femmes qui accouchent.

#### *La pratique sage-femme*

La promotion de l'accouchement normal fait maintenant partie de la définition internationale des sages-femmes<sup>7</sup> et celles-ci sont reconnues pour leur compétence et leur expertise dans l'accouchement normal/physiologique. Cette capacité à favoriser les processus physiologiques de la mise au monde tout en étant sachant identifier les difficultés et y réagir contribue à la qualité des soins et des services. Les sages-femmes sont même reconnues pour plaider en faveur de la non-intervention en l'absence de complications.<sup>9</sup> Ces caractéristiques de leur agir professionnel les distinguent parmi les fournisseurs de soins de maternité et les équipes interdisciplinaires, comme l'ont constaté Tan et al dans une étude sur les pratiques et les perspectives des obstétriciens-gynécologues, des médecins de famille et des sages-femmes en rapport avec la gestion active du 3e stade en Colombie-Britannique.<sup>8</sup>

Des recherches récentes éclairent le point de vue des sages-femmes sur le 3e stade. Pour la Confédération internationale des sages-femmes<sup>10</sup> le 3e stade est une période d'ajustement physique et émotionnel pour la femme qui devient mère et pour le bébé qui vient de naître. Pour les sages-femmes de Nouvelle Zélande et d'Irlande le 3e stade n'est pas défini comme l'expulsion du placenta mais bien

d'un moment spécial de découverte pour les parents et le nouveau-né. La vigilance tranquille est considérée comme nécessaire.<sup>11</sup>

Il ne s'agit pas de laisser faire la nature et de « ne rien faire » mais de favoriser les processus dont nous connaissons maintenant l'importance. Il s'agit en quelque sorte d'être les gardiennes.<sup>12</sup> La maîtrise de la gestion active ne doit pas être niée mais la connaissance et la facilitation des mécanismes physiologiques est considéré comme une compétence de base des sages-femmes.<sup>10</sup>

Pour le Royal College of Midwives<sup>13</sup>, cette compétence permet aux sages-femmes d'assurer une pratique sécuritaire, en plus de celle de savoir reconnaître lorsqu'il est temps de passer d'une approche physiologique à une approche de gestion active, tout comme pour les autres processus de la grossesse et de l'accouchement.<sup>14</sup>

#### *La physiologie de la mise au monde*

La physiologie est la plus grande « évidence » de l'évolution humaine. C'est l'option par défaut du fonctionnement normal du corps humain, l'ensemble des processus qui sont au service de la vie.

Les recherches actuelles confirment la complexité et l'importance des mécanismes neuro-hormonaux de la physiologie de la mise au monde pour la santé et la relation de la mère et de son bébé.<sup>15,16</sup> En fait la mère et le bébé ont des compétences endogènes qui établissent une dynamique saine qui leur permet de s'ajuster l'un à l'autre.<sup>17</sup> La physiologie procurerait donc une « sécurité endogène » pour la mère et pour le bébé.<sup>17</sup> Au terme d'un travail physiologique une femme a toutes les hormones en jeu pour compléter son accouchement et faire naître son placenta d'autant plus que l'ocytocine endogène est produite en très grandes quantités au moment de la naissance de l'enfant.

Les éléments qui favorisent un accouchement normal physiologique, de même que ceux qui perturbent sont maintenant connus<sup>20</sup> et les sages-femmes devraient pouvoir respecter et favoriser un dynamisme optimal des hormones endogènes de la mise au monde, incluant le 3e stade<sup>10</sup> : un environnement calme, le peau-à-peau, la chaleur et l'intimité sont parmi les éléments qui favorisent une mobilisation optimale des hormones (ocytocine, endorphines, prolactine) de la mère et du bébé. Fahy<sup>23,31</sup> fait remarquer d'ailleurs que la définition du modèle sage-femme de la gestion physiologique est passablement différente de celles de la gestion expectative du 3e stade dans les recherches existantes (i.e. une non-gestion active).

Les recherches sur la psychobiologie et la

neuroendocrinologie ont fait prendre conscience qu'une vision purement mécanisée et fragmentée des processus du 3e stade n'est plus appropriée.<sup>23</sup>

### *Physiologie du troisième stade*

Le troisième stade est défini comme la période qui commence avec la naissance de l'enfant et qui se termine avec la sortie complète du placenta et des membranes. Cette phase implique la séparation, la descente et l'expulsion du placenta et des membranes et l'hémostase.<sup>24</sup> Le temps de ce processus est d'habitude de 5 à 15 minutes, mais toute période qui dure jusqu'à une heure peut être considérée dans les limites de la normale physiologique.<sup>25,26</sup>

### *Au niveau clinique*

Selon des manuels de base de l'obstétrique en France, le troisième stade se déroule en trois phases dont la surveillance est strictement clinique<sup>27,28</sup> : premièrement, une phase de repos physiologique (ou rémission clinique), durant en moyenne 15 à 20 min et est surtout une phase expectative en l'absence de saignements ou de signes de chute de tension. Deuxièmement, la migration du placenta dont les signes classiques de la séparation du placenta sont décrits par Cheng<sup>29</sup> ainsi que la manœuvre du refoulement utérin est bien connue des sages-femmes. Troisièmement, l'expulsion du placenta et des membranes où l'on constate que le globe utérin se retrouve sous l'ombilic.

L'hémostase est assurée par trois facteurs physiologiques qui permettent de contrôler les saignements et minimiser les pertes sanguines et les séquelles maternelles potentiellement morbides ou mortelles qui pourraient en résulter.

Pour plusieurs organismes de sages-femmes (RCM, NZCOM, ICM) un 3e stade physiologique est la suite logique d'un accouchement physiologique et il est important d'être compétente dans cette gestion lorsqu'il n'y a pas d'utérotoniques ou lorsque la femme l'a demandé.<sup>30</sup>

### *La gestion active et les recherches récentes*

Au cours des dernières années, plusieurs limites ont été soulevées en ce qui concerne les recherches sur l'HPP et la gestion active : les situations à bas risque et celles à haut risque n'ont pas été distinguées, de même que les conditions et les interventions durant le travail. Les situations à bas risque sont habituelles pour les sages-femmes, de même que des accouchements hors centre hospitalier.<sup>32</sup> Alors pourquoi vouloir généraliser à la pratique sage-femme les résultats de revues qui n'ont pas tenu compte de

caractéristiques importantes de leur pratique?

La revue Cochrane de Prendiville,<sup>2</sup> souvent utilisée dans l'élaboration de plusieurs lignes directrices sur la gestion du 3e stade<sup>36, 37</sup> et est encore un point de référence pour la formation des sages-femmes canadiennes sur l'HPP comme urgence obstétricale. Elle a été critiquée<sup>38</sup> pour avoir retenu des recherches qui n'ont pas tenu compte des facteurs de risques d'HPP ainsi que pour son approche morcelée et elle a finalement été retirée des revues de Cochrane en 2009.

Pour Begley et al,<sup>33</sup> le taux d'HPP de plus de 1000 ml avec la gestion active ou avec la gestion physiologique est similaire pour des femmes à bas risque alors que Dixon et al,<sup>34</sup> qui ont étudié la pratique sage-femme, constatent qu'il y a moins de pertes de sang (500-1000ml et >1000 ml) avec la gestion physiologique lorsque comparé à la gestion active. A la suite d'une revue systématique sur l'efficacité de la gestion physiologique après un accouchement physiologique Dixon et al<sup>35</sup> concluent que la gestion physiologique peut être encouragée pour une femme en santé, qui se sent bien et qui a eu un accouchement normal/physiologique. La gestion active devrait être utilisée plutôt comme un traitement et non comme une prophylaxie.<sup>32</sup>

En fait, il faut constater la présence d'encore beaucoup d'incertitudes face à la gestion active de la 3e stade. Effectivement, il n'y a pas de consensus au sujet des composantes de la gestion active de même que la définition de chaque composante.<sup>39,40</sup> La définition même de l'hémorragie n'est pas claire ni consensuelle. Le seuil d'une perte sanguine de plus de 1000 ml a été discuté dans les revues de Cochrane et à l'OMS comme un marqueur plus robuste de pathologie pour une femme en santé. Actuellement la plupart des sources définissent une hémorragie du post-partum comme une perte sanguine de plus de 500 ml suivant un accouchement vaginal.<sup>36,41</sup> Or, Edwards<sup>42</sup> fait brillamment remarquer qu'une perte sanguine de 500 ml chez une femme non enceinte, (qui n'a donc pas une augmentation de liquide circulant de plus de 1000-1500ml), est habituellement accompagnée d'un jus et de biscuits, et on appelle ça un « don de sang ».

Nous savons maintenant qu'il existe de grandes variations dans les composantes, les politiques et les modalités de pratiques de la gestion active dans le monde,<sup>40, 43, 44</sup> non seulement entre les différents professionnels mais entre les différents milieux de pratique. Nous savons aussi que, bien que reconnue pour ses bienfaits, la gestion active du 3e stade a été liée à certains risques, comme une augmentation d'extractions manuelles du placenta et de

révisions utérines.<sup>35</sup>

Une recherche sur l'utilisation de la gestion active chez les sages-femmes de Nouvelle-Zélande auprès de femmes ayant eu un accouchement normal/physiologique (n=33,752) a abouti à un taux d'HPP bien plus important lorsque comparé à l'utilisation de la gestion physiologique (6,9 % vs 3,7 %).<sup>34</sup> De leur côté Davis et al<sup>45</sup> montrent que la gestion active est associée à une augmentation des pertes de plus de 1000 ml chez des femmes à bas risque, et qu'il n'y a aucun lien entre le lieu de naissance (hôpital ou domicile) et le taux d'hémorragie.

De plus, il semble qu'il n'y a pas de différences démontrées entre les femmes qui ont eu une gestion active comprenant tous les éléments tels que proposés par FIGO/ICM et celles qui ne les ont pas toutes eu.<sup>39</sup> Il reste donc des questions importantes sur les effets de chacune de ses composantes sur les pertes sanguines. En les prenant séparément, voici quelques données de la littérature scientifique récente.

#### *Traction contrôlée du cordon*

Elle apporte peu de bénéfices, n'a pas d'effet significatif sur le taux d'HPP sévère<sup>46, 47, 48</sup> et peut même faire du tort comme l'inversion utérine ou la rupture du cordon.<sup>49</sup>

#### *Ocytocine*

Aflaifel<sup>49</sup> suggère que l'ocytocine serait suffisante pour une gestion active tandis que pour Soltani<sup>50</sup> l'injection de syntho avant ou après le placenta n'a aucun impact sur les taux de HPP.

#### *Massage utérin*

Le massage utérin semble augmenter les risques d'HPP ou bien n'offrir aucun bénéfice<sup>51</sup> ce qui est cohérent avec la recherche antérieure.<sup>52</sup> De plus, il ne fait pas partie de la gestion active du 3e stade tel que recommandé par l'OMS en 2007.<sup>53</sup>

#### *La coupure du cordon*

Il est maintenant démontré que le retard de la coupure du cordon (1-3min) est préférable pour la santé du nouveau-né et ne compromet pas l'effet attendu de la gestion active sur l'HPP.<sup>54</sup>

Il faut se rappeler que la position conjointe de ICM/FIGO à ce sujet recommandait que le cordon soit coupé après qu'il ait arrêté de battre chez un nouveau-né en santé. Or, l'expérience de la pratique sage-femme a régulièrement montré que le cordon peut très bien battre pendant 5 à 10

min et même plus après la naissance.

#### *Durée du 3e stade*

Hastie<sup>12</sup> fait remarquer que la limite de 30 min, délai au-delà duquel les choses ne sont pas normales provient des recherches dans des milieux hospitaliers. Pourtant la SOGC<sup>36</sup> a récemment précisé : « rien n'indique que, dans le cadre d'un accouchement sans complication et sans hémorragie, la mise en œuvre d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta avant le délai traditionnel de 30 à 45 minutes entrainera une baisse du risque d'HPP (II-2C) » (p.1077). Pour sa part, le Royal College of Midwives<sup>13</sup> recommande que la gestion active soit considérée si le placenta n'est toujours pas expulsé après une heure.

#### *Le choix éclairé*

Tout en comprenant l'importance du choix éclairé, il faut remarquer qu'il est souvent inscrit dans une dynamique consumériste où les sages-femmes « offrent » des interventions sur un « menu » à partir duquel la femme enceinte choisit ce qu'elle veut avoir. Nous oublions qu'en santé ce n'est pas le besoin qui est à l'origine de l'offre mais bien l'offre qui crée le besoin et la demande.

Le manuel sur les urgences obstétricales affirme que l'offre de la gestion active « pendant le travail » est appuyée par « la philosophie des sages-femmes qui préconise des choix éclairés ». <sup>4</sup> En tant que sage-femme québécoise cela me semble problématique puisque le choix éclairé ne fait pas partie des principes directeurs de la pratique sage-femme du Québec. Un de ces principes est par ailleurs très clair : respect et confiance dans le processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement.

#### *Le discours sur l'HPP et la gestion active*

Même sous l'aura de l'objectivité scientifique le discours et le langage sur l'HPP et la gestion active ne sont pas neutres. Nous savons qu'ils visent l'amélioration des connaissances et des changements dans les pratiques basés sur des données probantes. Cependant ils peuvent aussi mener à des raccourcis dans la façon de percevoir et d'interpréter la réalité sur le terrain. Ces raccourcis peuvent nous faire passer:

- D'un saignement à une hémorragie. Tout saignement est facilement interprété comme une hémorragie. Cela risque de finir par développer une attitude de « tolérance zéro » pour un saignement et de perte de la notion de saignement « normal ».
- Du bénéfice d'une intervention à la nécessité de

l'intervention.

- Du choix éclairé à une habitude acceptée.
- De la facilitation du 3e stade à l'accélération du 3e stade.
- D'une action justifiée par des résultats obtenus pour une population à l'utilisation de cette même action pour un individu.
- De la conviction de l'efficacité d'une gestion active pour prévenir une HPP à la pensée qu'une femme qui n'a pas de gestion active est plus à risque d'avoir une HPP.

Le discours sur l'HPP devient un argumentaire en faveur de la gestion active du 3e stade, toutes situations confondues. Même en l'absence de facteurs de risque ou de saignements anormaux la notion de prévention est désormais liée à celle d'intervention.

En offrant à toutes les femmes enceintes une gestion active, celle qui souhaite simplement avoir un accouchement normal/physiologique se trouve alors à devoir faire un « refus éclairé ».

Le discours sur la gestion active semble persuader que l'application routinière de tous les gestes serait en quelque sorte une façon de sauver les femmes de la mort. C'est occulter l'immense complexité du problème et la place majeure que les déterminants de la santé ont sur la santé des femmes. C'est aussi occulter les imprécisions et l'incertitude entourant le sujet, tel que nous l'avons constaté plus haut.

## DISCUSSION

Une discussion sur la gestion active du 3e stade est nécessaire pour informer la femme de l'importance de cette intervention lors d'une HPP à l'accouchement ou lorsque la femme a des risques reconnus d'HPP. Cependant, lorsqu'on est sage-femme, ne devrait-on pas se questionner sur la pertinence d'« offrir » à toutes les femmes enceintes une gestion active du 3e stade? Pourquoi « offrir » une intervention lorsque tout est normal? Le contexte canadien de l'HPP et de la mortalité maternelle serait à lui seul une raison pour questionner cette recommandation.

On « offrant » des interventions à des femmes en santé, sans raison clinique de problème ou de risques, les sages-femmes peuvent laisser le message que tous les choix se valent. Cela revient à s'orienter vers un soin décontextualisé et routinier, très loin de la perspective de salutogénèse et de normalité inhérente à la spécificité de la pratique sage-femme et de la qualité /sécurité qu'elle apporte.

Dans une situation de bas risque, l'offre d'une intervention préventive devient un oxymoron chez les

sages-femmes. L'acceptation de cette idée est une façon de confirmer l'approche biomédicale et pave la voie à la médicalisation du bas risque.

Une position sage-femme non critique par rapport aux enjeux politiques et idéologiques reliés à la gestion du 3e stade peut mener à devenir complice du statu quo c'est-à-dire de la perspective médicale qui regarde l'accouchement essentiellement sous un angle de potentiel pathologique.

Le principe du choix éclairé est loin d'être neutre. Il est imbriqué dans le paradigme dominant de la biomédecine et les jeux de langage peuvent subtilement transformer un choix éclairé en choix « dirigé ». Il faut se rappeler que les sages-femmes évoluent dans un contexte de médicalisation continue de la grossesse et de l'accouchement malgré les efforts actuels pour diminuer les interventions obstétricales et revaloriser l'accouchement normal physiologique.

Les sages-femmes canadiennes affirment qu'il est important de « promouvoir, protéger et soutenir l'accouchement normal en tant qu'événement de santé et significatif dans la vie des femmes ».<sup>56</sup> La confiance fait partie intégrante de la philosophie et de la pratique, du langage et des soins sage-femme. De plus, « le concept de normalité est fondé sur la physiologie du travail et sur la capacité des femmes à mettre elles-mêmes un enfant au monde ».<sup>56</sup> Si l'on s'attend à ce que les sages-femmes fassent la promotion de l'accouchement normal physiologique, ne devrions-nous pas nous attendre à ce qu'elles fassent aussi la promotion d'un troisième stade physiologique?

Dans une perspective de santé, la physiologie n'est pas un choix. C'est l'option par défaut, ayant comme mission le maintien de la vie et constituant une sécurité endogène pour la mère et pour le bébé.<sup>17</sup> En l'absence de facteurs de risque ou de saignements anormaux, le 3e stade physiologique devrait aussi être l'option par défaut d'une pratique sage-femme.

Une gestion physiologique n'est pas une gestion « passive » que l'on met en opposition avec la gestion active. La sage-femme adopte une attitude de vigilance tranquille, car elle connaît les conditions favorables au bon accomplissement de cette partie de la mise au monde. Dans une situation à bas risque, à la suite d'un accouchement physiologique, la gestion active du 3e stade se trouve à être prise en charge par la femme elle-même. Son corps est programmé physiologiquement pour gérer cette partie de son accouchement, comme il sait le faire pour porter son bébé, entrer en travail, dilater, pousser, faire naître et allaiter.

Le troisième stade est actuellement défini à l'intérieur

d'une vision mécanique et fragmentée des phénomènes. Pourquoi ne pas favoriser aussi une perspective sage-femme qui parle (comme le font les collègues de Nouvelle-Zélande et d'Angleterre) d'un temps fort d'ajustements physiques et psychologiques pour la mère et le nouveau-né et pas seulement la période entre la sortie de l'enfant et celle du placenta?

Pourquoi ne pas soutenir l'expertise sage-femme à favoriser et à protéger la normalité i.e. la capacité des femmes à mobiliser leur ocytocine endogène? Les sages-femmes ne font pas de la prévention. Leur pratique est préventive.

Pourquoi les sages-femmes ne sont pas capables d'affirmer que l'approche physiologique est le soin approprié lorsque le travail a été normal? La gestion active peut avoir une valeur préventive en présence de facteurs de risque reconnus. Au moment de l'accouchement, elle sera considérée comme un traitement lorsqu'il y a présence de saignements anormaux.

La notion d' « intervention préventive » porte à confusion particulièrement pour les sages-femmes dont l'effet préventif de la pratique est plutôt lié à leur capacité d'inactivité maîtrisée (« doing nothing well » de Kennedy 2000).<sup>57</sup>

L'HPP a rapport avec une situation clinique et non pas une situation statistique. C'est la clinique qui devrait informer les décisions des sages-femmes et non pas des données statistiques qui persuadent d'appliquer la même conduite partout et pour toutes les femmes. Nous serions en droit de questionner la qualité d'une pratique si peu adaptée.

L'HPP survient, qu'il y ait eu une gestion active ou non. C'est dans une telle situation que les sages-femmes doivent maîtriser les composantes d'une gestion active. Nous devrions aussi nous attendre à ce qu'elles soient compétentes dans la gestion physiologique, autant qu'elles devraient savoir passer d'une approche à l'autre lorsque la situation change.

La gestion active vise des résultats mais elle a aussi des risques et des conséquences.<sup>33</sup> C'est clairement un élément perturbateur dans une situation biopsychologique complexe pour deux êtres humains en transition. La recommandation de son utilisation routinière devrait nécessairement être questionnée.

Dans le cadre d'une formation en urgences obstétricales la distinction entre une situation normale et une situation d'urgence devrait être faite. Les sages-femmes canadiennes auraient une belle occasion de confirmer leur spécificité

comme professionnelles de la santé tout en démontrant leur souci d'exercer d'une façon efficace et sécuritaire.

Nous savons que le troisième stade de la mise au monde est « beaucoup plus » qu'une situation clinique. C'est aussi un espace d'une valeur existentielle profonde pour le nouveau-né et pour sa mère. Les sages-femmes sont des cliniciennes efficaces mais elles devraient aussi les gardiennes de cet espace.

## RÉFÉRENCES

1. Regroupement les Sages-femmes du Québec (RSFQ) – Association canadienne des sages-femmes (ACSF), (2011). Manuel de Formation : Urgences obstétricales, Montréal
2. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000007.html>.
3. International Confederation of Midwives, & International Federation of Gynaecologists and Obstetricians. (2003, 2006). Joint statement: Management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. à [http://www.pphprevention.org/files/ICM\\_FIGO\\_Joint\\_Statement.pdf](http://www.pphprevention.org/files/ICM_FIGO_Joint_Statement.pdf)
4. Regroupement les Sages-femmes du Québec (RSFQ) – Association canadienne des sages-femmes (ACSF), (2011). Manuel de Formation : Urgences obstétricales, Montréal, section 3-6
5. ASPC\_Agence de la santé publique du Canada (2011). Maternal mortality in Canada, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/maternal-maternelle/mortality-mortalite/index-eng.php>
6. ASPC\_Agence de la santé publique du Canada (2011). Severe Maternal Morbidity in Canada, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/maternal-maternelle/morbidity-morbidite/pdf/morbid-eng.pdf>
7. ICM (2005). International definition of a midwife, à <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>
8. Tan, W. M., Klein, M. C., Saxell, L., Shirkoohy, S. E., & Asrat, G. (2008). How do physicians and midwives manage the third stage of labor? *Birth*, 35(3):220-229
9. Likis F.E., (2010). "Revisiting the Hallmarks of midwifery". Editorial, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (1): 1
10. ICM (2008). Role of the midwife in physiological third stage labour, position statement, à <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/>
11. Begley C.M., et al., (2012). Irish and New Zealand midwives' expertise in expectant management of the third stage of labour: The "MEET" study, *Midwifery*, 28(6): 733-739
12. Hastie C., Fahy K., (2009) "Optimising psychophysiology in third stage of labour: Theory applied to practice", *Women and Birth*, 22: 89-96
13. Royal College of Midwives, (2012). Evidence Based

- Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour\_third Stage of Labour, à <http://www.rcm.org.uk/college/policy-practice/evidence-based-guidelines/>
14. NZCOM, (2006). The Third Stage of Labour, Practice Guidelines à <http://www.midwife.org.nz/index.cfm/3,108,559/third-stage-consensus-may-2006.pdf>
  15. Uvnäs-Moberg K. (1996). Neuroendocrinology of the mother-child interaction. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 7(4):126-31
  16. Uvnäs-Moberg, K., Arn, I., Magnusson, D. (2005). The Psychobiology of Emotion: The role of the Oxytocinergic System. *International Journal of Behavioural Medicine*, 12(2): 59-65
  17. Schmid V., (2005). *About Physiology in Pregnancy and Childbirth*, Firenze: Verena Schmid
  18. Uvnäs Moberg, K. (2003). *The oxytocin factor: Tapping the hormone of calm, love, and healing*. Cambridge, MA: Da Capo Press
  19. Lee, H. J., Macbeth, A. H., Pagani, J. H., Young, W.S., III. (2009). "Oxytocin: The great facilitator of life". *Progress in Neurobiology*, 88(2): 127–151.
  20. ACNM, MANA, ACPM (2012). Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement. by ACNM, MANA, AND NACPM à <http://mana.org/pdfs/Physiological-Birth-Consensus-Statement.pdf>
  21. Buckley S., (2005). *A Second Look at the Third Stage of Labour*, presentation at International Confederation of Midwives, Brisbane: Australia
  22. Mercer J., Erikson-Owens D., (2010). Evidence for neonatal transition and the first hour of life. In D. Walsh, S. Downe: *Essential midwifery practice: intrapartum care*. Chichester: John Wiley. pp 81-104
  23. Fahy, K., Hastie, C., et al (2010). Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: a cohort study. *Women & Birth* 23: 152-164
  24. Johnson R, Taylor W. (2010). *Skills for midwifery practice* (third edition). Churchill Livingstone Elsevier: Edinburgh
  25. Fraser, D. M. & Cooper, M. A. (2009). *Myles, Textbook for Midwives* (15e éd.). London: Churchill Livingstone Elsevier.
  26. NICE (2007) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, p.184, à <http://publications.nice.org.uk/intrapartum-care-cg55>
  27. Lansac J., Marret H., Oury JF., (éd) (2006). *Pratique de l'Accouchement*, 4e édition, Paris: Masson
  28. Merger R., Levy J., Melchior J., (1989). *Précis d'obstétrique*, Paris : Masson
  29. Cheng Y., Caughey A.B., (2012). Normal labor and Delivery, à <http://emedicine.medscape.com/article/260036-overview#showall>
  30. ICM (2011). *Guideline for attendance at a physiological (expectant) Third stage of labour*, à <http://www.internationalmidwives.org/knowledge-area.html>
  31. Fahy K., (2009). Third Stage of Labour Care for Women at Low Risk of Postpartum Haemorrhage, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54 (5):380-386
  32. Dixon L., et al., (2013). Outcomes of physiological and active third stage labour care amongst women in New Zealand, *Midwifery* 29: 67-74
  33. Begley C.M., Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. Nov 9 2011; 11:CD007412.
  34. Dixon, L. et al., (2009). Midwives care during the third stage of labour: an analysis of the New Zealand College of Midwives Midwifery Database 2004–2008. *New Zealand College of Midwives Journal*, 41:20-25 à <http://www.midwife.org.nz/resources-events/nzcom-journal>
  35. Dixon et al, (2011). Systematic Review: The Clinical Effectiveness of Physiological (Expectant) Management of the Third Stage of Labor Following a Physiological Labor and Birth, *International Journal of Childbirth*, 1 (3):179-195
  36. SOGC (2009), *Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage*, clinical guideline no 235 à <http://sogc.org/guidelines/active-management-of-the-third-stage-of-labour-prevention-and-treatment-of-postpartum-hemorrhage/>
  37. RCOG (2011) *Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management (Green-top 52)* à <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-and-management-postpartum-haemorrhage-green-top-52>
  38. Soltani, H. (2008). Global implications of evidence 'biased' practice: management of the third stage of labour. *Midwifery*, 24 (2), 138-142
  39. Oladapo OT et al (2009). "Active management of third stage of labor: evidence versus practice". *Acta Obstet Gynecol Scand*. 88(11):1252-60
  40. Oladapo OT., (2010). "What exactly is active management of third stage of labour?", Guest Editorial. *Acta Obstetricia et Gynecologica*; 89: 4-6
  41. Stables D., Rankin J., (ed), (2011). *Physiology in Childbearing, with Anatomy and Related Biosciences*, Third Edition, London: Baillière Tindall
  42. Edwards N., (2011). *Third Stage Reviewed*, *AIMS Journal*, 23(2) à <http://www.aims.org.uk/Journal/Vol23No2/researchRoundup.htm>
  43. Festin MR, Lumbiganon P, Tolosa JE, Finney KA, Ba-Thike K, Chipato T, et al. (2003). International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour. *Bull World Health Organ*. 81:286-291
  44. Winter C, Macfarlane A, Deneux-Tharaux C, et al. (2007). Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe, *BJOG*; 114 (7): 845-854
  45. Davis, D. et al., (2012). Risk of Severe Postpartum Hemorrhage in Low-Risk Childbearing Women in New Zealand: Exploring the Effect of Place of Birth and Comparing Third Stage Management of Labor. *Birth*, 39: 98-105
  46. Gulmezoglu AM., et al, (2012). "Active management of

- the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial". *Lancet*, 379(9827):1721-7
47. Althabe F., et al (2009) A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss, *Int J Gynaecol Obstet*. October; 107(1): 4-7
  48. Deneux-Tharoux C., et al (2013), Effect of routine controlled traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR). *BMJ*. 2013;346:f1541
  49. Aflaifel N., Weeks AD., (2012). Active management of the third stage of labour\_oxytocin is all you need, editorials, *BMJ*; 345:e4546
  50. Soltani H., Hutchon DR, Poulouse TA. (2010). Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art. No.: CD006173
  51. Sheldon W.R., et al (2013). How effective are the components of active management of the third stage of labor? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13:46 à <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/46>
  52. Abdel-Aleem H., et al (2010). Uterine massage to reduce post-partum hemorrhage after vaginal delivery. *Int J Gynecol Obstet*, 111: 32-36
  53. WHO (2007). WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage, Geneva: WHO Press
  54. Hutton EK, Hassan ES.(2007) Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 297(11):1241-52.
  55. Regroupement les Sages-femmes du Québec (RSFQ) – Association canadienne des sages-femmes (ACSF), (2011). Manuel de Formation : Urgences obstétricales, Montréal, section 2-5
  56. Association canadienne des sages-femmes\_ACSF (2010). Pratique sage-femme et accouchement normal\_ énoncé de principe. à [http://www.canadianmidwives.org/DATA/DOCUMENT/CAM\\_FR\\_Midwifery\\_Care\\_Normal\\_Birth\\_FINAL\\_Nov\\_2010.pdf](http://www.canadianmidwives.org/DATA/DOCUMENT/CAM_FR_Midwifery_Care_Normal_Birth_FINAL_Nov_2010.pdf)
  57. Kennedy H.P., (2000), A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *J Midwifery Womens Health*. 2000; 45:4-19.